Aus der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis zu Bonn.

Ueber

Verbreitung und Behandlung

des

Herpes tonsurans.

Dissertation

bei der

Meldung zum Doctorexamen

der medicinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

vorgelegt

im Juni 1893

von

Mathias Joseph Althausen

aus Uelpenich.

BONN

Druck von Ernst Heydorn.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547419_0148

Im Jahre 1842 entdeckte *Gruby*, der damals Untersuchungen über pflanzliche Parasiten anstellte, den heute unter dem Namen Trichophyton tonsurans bekannten Pilz. Er nannte ihn Mentagraphyta und beschrieb ihn als einen bei Sycosis vorkommenden Pilz, der die Zwiebel der Barthaare umgebe und zwischen Haarwurzel und Wurzelscheide gelagert sei, Verhältnisse, wie sie unsern heutigen Kenntnissen in bezug auf Sycosis parasitaria ziemlich entsprechen. Ungefähr zu derselben Zeit lehrte *Malmsten* einen ähnlichen Pilz, der sich nachher als identisch mit jenem *Gruby*'s herausstellte, als den Erreger des „Herpes tonsurans" kennen. Damit war der erste Anstoss zu einer Vergleichung der beiden genannten Krankheiten gegeben, die man vorher für grundverschieden angesehen hatte, wie überhaupt die Beurteilung der Krankheiten eine ganz andere geworden ist, seitdem man nicht mehr nur die Symptome allein berücksichtigt, sondern auch das pathologisch-anatomische Bild und aus diesem jene Symptome und das Wesen der Krankheit zu erklären sucht.

Das erste uns bekannte Auftreten des Herpes tonsurans bezw. der Sycosis parasitaria wird von den meisten Forschern in das erste Jahrhundert n. Chr. verlegt, zu welcher Zeit, wie *Plinius* berichtet, in Rom eine Mentagraphytaepidemie durch Verschleppung aus Aegypten entstand und hauptsächlich durch die Begrüssungsart

des Küssens eine ansehnliche Verbreitung gewann. Manche haben diese Epidemie wegen ihrer Kontagiosität zu einer luetischen stempeln wollen, wohingegen *Lesser* klar und unwiderleglich ausführt, dass es sich nur um unsere Hautaffection gehandelt haben kann. Es spricht hierfür die Lokalisation: Kinn, Hals, Brust, Hände und das häufige Verschontbleiben der Frauen und Sklaven, ein Umstand, der wohl ohne Zweifel für die Annahme einer parasitären Barterkrankung sehr in die Wagschale fallen dürfte.

Bis zur Entdeckung des Trychophyton tonsurans hatte man die Sycosis simplex und Sycosis parasitaria für ein und dieselbe Krankheit gehalten und nie daran gedacht, letztere mit Herpes tonsurans in Zusammenhang zu bringen; die äusseren Erscheinungen beider waren ja zu verschieden, als dass man sie ohne weiteres als durch denselben Infektionsträger bedingt diagnostisch hätte gleichstellen können. So setzte man bis zur Mitte unseres Jahrhunderts allenthalben den Herpes tonsurans unter die Rubrik Herpes und sprach von einer Mentagra oder Sycosis, ohne zu wissen, dass dies zwei ganz verschiedene Barterkrankungen waren, wie es uns jetzt dank der mikroskopischen Forschung bekannt ist. Dass man sich nicht klar über das Wesen der Trichophytie war, beweist auch schon die überreiche Nomenklatur derselben, die uns *Batemann* in seinem Lehrbuch angiebt: Formica ambulatoria (Celsus), Herpes circinatus (Bateman), Herpes serpigo (Sauv.), Annulus repens (Darwin), Dartre encroûtée (Fr.), Vesicular Ringworm (Engl.) sind nur verschiedene Bezeichnungen für denselben Herpes tonsurans; fast ebensoviele Namen hatte man für Sycosis: Mentagra (Plinius), Sycosis barbae (Celsus), Dartre pustuleuse mentagre, Herpes pustulosus mentagra (Alibert), Physma sycosis barbae (Good).

Diesen Wust von richtigen und unrichtigen Benennungen aus der Welt zu schaffen, gelang, wie oben erwähnt, den Forschern der Neuzeit, die mit Hülfe des Mikroskops die Aetiologie und darauf fussend das Wesen des Herpes tonsurans und der Sycosis parasitaria feststellten. Und so dürfte wohl jetzt die „günstigere Zukunft“ gekommen sein, an die *Hebra* appellierte, als er über Sycosis schrieb: „In wie weit es wirklich eine kontagiöse Sycosis giebt, ob insbesondere der den Herpes tonsurans erzeugende Pilz auch Erscheinungen der Sycosis d. i. Knoten und Pusteln hervorzurufen vermöge? kann ich, wie schon öfters angedeutet, aus eigener Erfahrung nicht bestätigen. Ich muss demnach, da es mir nicht zukommt von anderen Autoren gemachte Beobachtungen anzuzweifeln, diese Frage für unerledigt halten und die Beantwortung derselben einer günstigeren Zukunft überlassen.“

Nach dem heutigen Stande der medizinischen Wissenschaft haben wir es sowohl bei Herpes tonsurans als auch bei Sycosis parasitaria mit einer Hautkrankheit zu thun, die durch den Pilz Trichophyton tonsurans veranlasst wird.

Nach *Kaposi* „besteht der Pilz vorwiegend aus langgestreckten, sparsam verzweigten, mässig breiten und gleichmässigen Mycelien und wenigen Gonidien“, ein Befund, wie er sich fast regelmässig bei der mikroskopischen Untersuchung der von Herpes tonsurans befallenen Epidermis zeigt, nachdem man diese durch Kalilösung erweicht hat. Der Parasit hält sich hauptsächlich in den obersten Epidermisschichten, in den Wurzelscheiden der Haare und in diesen selbst auf und bewirkt dadurch meistens ein Glanzloswerden und Abbrechen derselben. Nicht immer allerdings ist der mikroskopische Befund ein ganz gleicher und gleich deutlicher; einmal sieht man mehr Sporen als Mycelien oder nur Sporen, ein

andermal zeigt sich das umgekehrte Bild, und *Kaposi* spricht sich hierüber dahin aus, dass bei einer besonderen Form des Herpes tonsurans, nämlich der makulösen, in der ersten Entwicklung nur vereinzelte Sporen und erst im Verlaufe von einigen Wochen charakteristische Mycelien aufzufinden sind. In neuester Zeit hat man sich sehr eingehend mit dem Wesen des erregenden Pilzes beschäftigt und insbesondere glaubt *Sabouraud* (Paris) durch klinische und mikroskopische Untersuchungen, verbunden mit Inoculationsversuchen, zur Lösung dieser Frage wesentlich beigetragen zu haben. Er kommt zu folgendem Ergebnis:

Es giebt sechs Arten von Trichophyton; hiervon kommen vier beim Menschen vor, von diesen wieder zwei selten. Die zwei beim Menschen am häufigsten sich zeigenden Arten sind:

1) Trichophyton mit kleinen Sporen und

2) Trichophyton mit grossen Sporen.

Ersteres ist der gewöhnliche Urheber des Herpes tonsurans, letzteres ruft die Trichophytieen des Bartes hervor; bei ihm sieht man im Gegensatz zu ersterem nie Sporen ausserhalb des Haares. Ferner ist bei einem mit unserer Affektion behafteten Individuum immer nur eine Pilzart zu finden; nie kommen zwei oder mehrere nebeneinander vor und so weisen auch angesteckte Personen nur die Pilzart auf, welche dem Herpes tonsurans des Ueberträgers zugrunde lag. In botanischer Beziehung sind alle Trichophytonarten in die Gruppe der Botrytis zu stellen.

In wieweit diese Angaben Berechtigung haben, müssen weitere Untersuchungen lehren. Jedenfalls folgt aus allen Beobachtungen, die bisher gemacht sind, dass der genannte Pilz die wirkliche Ursache der Erkrankung ist, da man ihn einerseits fast immer auffindet, wenn

die Symptome auf sein Vorhandensein schliessen lassen, ferner die experimentelle Uebertragung von Erfolg gewesen ist und die gelegentliche meistens sehr deutlich in die Augen springt, anderseits das Aufhören der Krankheit mit dem Verschwinden des Pilzes Hand in Hand geht; hiermit übereinstimmend ist auch die Dauer der Erkrankung durchschnittlich eine viel längere da, wo dem Parasiten bessere Chancen zu seinem Gedeihen geboten sind, wie z. B. in den Follikeln der Haare, als da, wo er beim Waschen, Reiben oder Bürsten der Haut mit den abgestossenen Epidermisschuppen entfernt wird.

Demgemäss unterscheidet man auch klinisch zunächst den Herpes tonsurans der nur mit lanugo behaarten Haut, den Herpes tonsurans der behaarten Körperteile und den Herpes tonsurans der Nägel.

Was das äussere Bild der ersten Form angeht, so ist für sie die Kreisform charakteristisch. Es entstehen zuerst ein oder mehrere rote Flecken, die sich bald vergrössern und einen leicht erhabenen Rand zeigen; dieser ist scharf begrenzt und gerötet. Bei weiterem Fortschreiten hört in der Mitte die Schuppung auf und es erscheint dort unter günstigen Umständen bald die Haut wieder normal, während der Prozess nach der Peripherie hin weitergeht. Kommt es zur Bläschenbildung, so redet man von Herpes tonsurans vesiculosus, tritt im weiteren Stadium ausgedehnte Schuppenbildung ein, von Herpes tonsurans squamosus; häufig bilden sich nur Flecken oder flache Knötchen (Herpes tonsurans maculosus), wobei dann meist eine grössere Ausbreitung statthat.

Der Herpes tonsurans der behaarten Stellen, besonders der Kopf- und Bartgegend, zeigt gewöhnlich auch kreisförmige und schuppende Stellen, an denen die Haare entweder durch die stark lichtbrechende

Eigenschaft der Sporen und Mycelien grau und glanzlos werden oder abgebrochen aus den Follikeln emporragen. Bisweilen treten auf dem Kopf tiefergreifende entzündliche Erscheinungen auf, die zu Infiltration und Vereiterung führen (Kerion Celsi). Geradezu charakteristisch ist diese Form für den Herpes tonsurans des Bartes, die Sycosis parasitaria.

Es treten einzelne Pusteln mit stark infiltriertem Grunde oder grösseren eitrigen Infiltrationen auf, die dem Krankheitsbilde ein furunkelähnliches Aussehen geben, manchmal auch grösseren syphilitischen nässenden Papeln sehr ähnlich sehen. Die Haare sitzen natürlich mit ihren Wurzeln sehr lose in diesen Infiltrationsherden und folgen meist dem leisesten Zug.

Von dem Herpes tonsurans der Nägel (Onychomycosis trichophytina) ist zu bemerken, dass es auch hier zu Abschuppung der verhornten Epidermis, also Abblätterung der Nägel kommt; dieselben werden dadurch nach und nach kürzer, sehen aus wie abgenagt, verlieren ihren Glanz und zeigen eine erdfahle Farbe; der Verlauf der Krankheit ist gewöhnlich ein sehr hartnäckiger, sie zerstört meist die Nägel vollständig und endet erst nach totaler Entfernung der erkrankten Herde.

Wenden wir uns nach dieser kurzen Beschreibung des Wesens und Auftretens des Herpes tonsurans der Betrachtung seiner Verbreitung zu, die sowohl durch ihre Art und Weise interessant ist, als auch besonders durch ihre Zunahme, wie sie sich in letzter Zeit an vielen Orten, worunter auch Bonn, bemerklich gemacht hat.

Der Herpes tonsurans ist eine Krankheit, die sich durch leichte Uebertragbarkeit besonders auszeichnet. Letztere wird begünstigt durch Verhältnisse, welche überhaupt dem Leben und Gedeihen der Pilze einen günstigen Boden bieten. So nimmt man an, dass in feuchten Jahreszeiten die Krankheit viel häufiger vorkomme als

in trockenen, dass ferner feuchte Wohnungen das Entstehen derselben begünstigen. Für erstere Annahme war in den Journalen hiesiger Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis kein Anhaltspunkt zu finden. Doch will man auch das häufige Vorkommen des Herpes tonsurans in den Tropen und England mit der grösseren Feuchtigkeit der Luft in Verbindung bringen. Ferner sollen Personen, die leicht schwitzen und deren Haut dadurch, besonders in Achselhöhle und Inguinalgegend, häufigen Macerationen ausgesetzt ist, für die Erkrankung empfänglicher sein.

Doch wichtiger als diese mehr weniger wahrscheinlichen Gelegenheitsursachen ist die Art und Weise der Uebertragung der Krankheit.

Sehr oft sind es Haustiere, von denen die Ansteckung ausgeht. So hört man bei Erhebung der Anamnese durchaus nicht selten, dass die Patienten viel mit Vieh, oder mit Hunden, Pferden zu thun haben, oder mit Katzen gespielt haben, welche mit einem ähnlichen Ausschlag behaftet waren. Meistens geht das Kontagium von Rind oder Pferd aus, woher, wie *Kaposi* annimmt, auch die häufigsten Beobachtungen von Sycosis parasitaria an Rinde- und Pferdehändlern gemacht werden und in den Ländern, die Herpes tonsurans der Tiere in grösster Zahl aufweisen: Frankreich, Holstein.

Uebrigens hat man den Herpes tonsurans bei Rindern, Hunden, Pferden, Ziegen, Katzen, Schafen, Schweinen und Kaninchen nachgewiesen, wobei allerdings zu erwähnen ist, dass er bei den einzelnen Tieren in etwas verschiedener Form auftritt. Von Fällen der Uebertragung von Tier auf Mensch berichten viele Autoren: *Alibert*, *Bazin*, *Gerlach*, *Köbner*, *Michelson*, *Hebra*, *Besnier* u. a. Impfversuche haben diese Beobachtungen bestätigt.

Entschieden die häufigste Art der Ansteckung ist

die von Mensch zu Mensch. Diese kann zunächst auf direktem Wege stattfinden, wie es bei der schon oben erwähnten Epidemie in Rom durch Küssen geschah. Natürlich kommt es durch diese unmittelbare Uebertragung zu gleichzeitigen Erkrankungen mehrerer Mitglieder derselben Familie, oder zu Endemieen in Schulen, Kasernen und ähnlichen Anstalten. So beobachteten *Bazin* und *Köbner*, wie letzterer selbst in seinen klinischen Mitteilungen schreibt, die parasitäre Sycosis „bei Leuten, welche mit anderen Sycotischen zusammenschliefen, öfter bei solchen, welche an Herpes circinatus erkrankte Frauen hatten; in einer Familie sogar hatten nach- und neben einander durch nachgewiesenes Zusammenschlafen der Sohn Herpes tonsurans cap., die Mutter Herpes circinatus nuchae, der Vater Sycosis".

In der hiesigen Klinik des Herrn Geh.-Rath Professor Dr. *Deutschmann* sind 25 Fälle beobachtet worden, in denen Kinder derselben Familie gleichzeitig an Herpes tonsurans litten, ein Zusammentreffen, das offenbar auf direkte Ansteckung zurückzuführen ist.

Zweimal sogar waren es vier Geschwister, die jedesmal in kurzen Zeiträumen nacheinander die Klinik wegen derselben Erkrankung, Herpes tonsurans, aufsuchten; in einem dieser Fälle war zweifellos ein Kind von einer Katze inficiert worden und hatte nun wieder die Krankheit auf die übrigen Geschwister übertragen. Eine ebenso augenfällige Ansteckung lag vor in einem anderen Falle, wo eine Mutter mit vier Kindern sich präsentierten, alle mit Herpes tonsurans behaftet. Ein in dieser Hinsicht eklatanter Fall wurde noch vor kurzem in hiesiger Klinik von *Deutschmann* demonstriert. Ein Patient, der als mit Sycosis parasitaria behaftet, vorgestellt worden war, erschien nach acht Tagen mit seinem Töchterchen, welches auf einer Wange den typischen kreisförmigen Herpes tonsurans zeigte. Der Vater

hatte das Kind öfter auf dem Arme getragen und zwar, wie gewöhnlich immer auf demselben Arme, und so hatte sich durch die häufige innige Berührung seiner sycosiskranken Bartgegend mit der Backe des Kindes auf letzterer ein wahrer Herpes tonsurans entwickelt. Die mikroskopische Untersuchung beider Erkrankungsherde ergab die charakteristischen Mycelien und Sporen des Trichophyton.

Aehnlich kommen Autoinfektionen vor durch häufiges und intensives Berühren und Reiben gesunder Partieen an den erkrankten. So überträgt mancher seine Sycosis parasitaria des Bartes auf andere Stellen seines Körpers, wo sie als Herpes tonsurans zu tage tritt, und mancher, der wegen letzterer Affektion circumscripter Art in Behandlung steht, zeigt plötzlich neue Eruptionen an ganz anderen Stellen, nicht selten sycotische im Barte, die sich unschwer aus den Angaben des Patienten und der Lokalisation als Ueberimpfungen erklären lassen.

Ein hierhin gehörender interessanter Fall wurde letzthin in der hiesigen Klinik vorgestellt. Es handelte sich um eine Patientin, die eine deutliche Onychomycosis trichophytina an beiden Händen zeigte; frei waren merkwürdiger Weise die beiden Zeigefinger. Nach Anamnese bestand die Affektion schon 10 Jahre und zwar, entgegensetzt dem gewöhnlichen Verhalten als primäre Erkrankung. Zur Zeit der Vorstellung ergab die mikroskopische Untersuchung der Nagelsubstanz Trichophyton tonsurans. Nun hatte sich zu dieser Onychomycosis ein nicht zu verkennender Herpes tonsurans des rechten Unterarmes gesellt, wahrscheinlich doch hervorgerufen durch Kratzen mit den erkrankten Nägeln.

Diese Beobachtungen, die eigentlich allein deutlich genug sprechen, sind noch bestätigt worden durch

Impfungen, und zwar durch solche auf Tiere als auch auf Menschen.

Köbner, der sich viel und erfolgreich mit der Erforschung unserer Krankheit beschäftigte, transplantierte, wie er mitteilt (l. c.), Schuppen des von Herpes tonsurans befallenen Oberschenkels eines Patienten auf seinen eigenen Vorderarm; es entstanden Knötchen, dann Bläschenkreise, „deren Mitte schön gelblich und bläschenfrei, der Rand erhaben und mit einzelnen je von einem Härchen durchbrochenen Bläschen besetzt" war. Aehnliche Resultate erzielten *Baerensprung* u. a.

Unter den zufälligen Uebertragungen nimmt eine hervorragende Stelle die Infektion durch Rasieren ein. Die Beobachtungen nach dieser Richtung hin sind besonders in neuerer Zeit so häufig und einstimmig geworden, dass sie wohl nicht in Zweifel gezogen werden können. Es erklärt sich hieraus auch die oft vorkommende gleichzeitige Lokalisation im Bart und den benachbarten Teilen, Wangen und Hals.

Ob das Messer hier Ueberträger ist, oder, wie andere annehmen, das Handtuch oder der Pinsel, ist wohl gleichgültig, obschon man mit ziemlicher Sicherheit daran festhalten kann, dass alle Instrumente, die mit dem erkrankten Barte in Berührung kommen, imstande sind, den krankheiterregenden Pilz zu übertragen; hält dieser sich doch sowohl in den tieferliegenden Haarfollikeln als auch in den oberflächlichen Epidermisschuppen auf und findet so bei den häufigen Erosionen, wie sie bei dem Rasieren vorkommen, leicht Gelegenheit, übergeimpft zu werden. Daher beobachtet man eben durchaus nicht selten, dass von einer Rasierstube aus in kürzerer oder längerer Zeit eine Reihe von Infektionen hervorgehen, sodass sich auf diese Weise förmliche Epidemieen entwickeln.

Schon *Köbner* berichtet von einer solchen aus Paris

in den Jahren 1860—61, welche eine solche Intensität annahm, dass 9,6 Prozent aller Hautkranken, die in den öffentlichen Anstalten zur Behandlung kamen, mit Herpes tonsurans oder Sycosis parasitaria behaftet waren.

Ein ähnliches epidemisches Auftreten der genannten Affektion hatte *Lesser* in den Jahren 1882—85 zu konstatieren. Er beschreibt diese Epidemie in der deutschen medizinischen Wochenschrift (Nr. 6, 1886) und stellt zur besseren Uebersicht und Vergleichung eine Tabelle der in Leipzig und Breslau in derselben Zeit Erkrankten auf. Aus dieser geht hervor, dass in den obigen Jahren unter 3838 Haut- und Geschlechtskranken 269 Fälle = 7 % von Herpes tonsurans sich befanden, während sich in Breslau letztgenannte auf 0,6 % stellten. Unter den 269 Erkrankten waren 184, also über 68 % Männer. Zieht man nun mit in betracht, dass sich unter diesen 184 Männern 148 befanden, welche den im Barte lokalisierten Herpes tonsurans zeigten, dass ferner alle diese Patienten mit zwei Ausnahmen sich rasieren liessen, dass nebenbei ihre Zahl von Jahr zu Jahr grösser wurde, so kann man wohl nicht irre gehen, wenn man diese Verhältnisse hauptsächlich auf die Infektion in der Rasierstube zurückführt.

In demselben Bericht äussert sich *Lesser* speziell über die Verbreitung der Sycosis parasitaria folgendermassen: „ . . . Aber freilich die letztere Affektion (Sycosis parasitara) ist auch nur zeitweise häufig, sie war bisher in Deutschland und z. B. in Wien so selten, dass *Hebra* bis in die allerletzte Zeit seines Lebens das Vorhandensein der Krankheit überhaupt leugnen konnte. Ich habe hier die ersten Fälle von parasitärer Sycosis gesehen, während ich vorher während meines halbjährigen Aufenthalts in Wien und einer dreijährigen Assistentenzeit an der Breslauer dermatologischen Klinik

auch nicht einen einzigen Fall dieser Krankheit zu Gesicht bekommen hatte, und dagegen waren hier in dem keineswegs zu reichlichen Material, welches mir zu Gebote stand, im Laufe von drei Jahren 54 Fälle!"

Ueber eine andere langdauernde Epidemie von Dermatomycosis tonsurans in Berlin berichtet *Saalfeld* in der Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis (1886). Auch in Berlin stieg der Prozentsatz der an Herpes tonsurans Erkrankten im Vergleich zur Gesammtsumme aller Hautkranken auf ungefähr 9: ebenso waren die Kranken vorwiegend Männer, wie in Leipzig. Ein Einfluss der Jahreszeiten liess sich nicht nachweisen. Bei den meisten Fällen war eine Infektion in Rasierstuben festzustellen, infolgedessen nach möglichster Beseitigung der hier in betracht kommenden Misstände eine merkliche Abnahme der Erkrankungen eintrat.

Mehrere Epidemieen solcher Art wurden auch in Bonn beobachtet. Ueber den ersten hier konstatierten Fall von Sycosis parasitaria hat *Doutrelepont* 1883 in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn berichtet, bei welcher Gelegenheit er den Patienten vorstellte und Präparate demonstrierte. In der letzten Zeit waren es mehrere Orte der Umgegend von Bonn, die auffallend viele mit parasitärer Sycosis behaftete Patienten lieferten, und es ergaben die Anamnese und genauere Nachforschungen, dass in den betreffenden Ortschaften ganz bestimmte Barbierstuben den Ausgangspunkt der rasch um sich greifenden Infektionen bildeten. Derartige Fälle gehören in hiesiger Gegend durchaus nicht mehr zu den Seltenheiten. Dass hierbei auch der nicht im Barte lokalisierte Herpes tonsurans an Häufigkeit zunimmt und dieser umgekehrt die Sycosis parasitaria wieder häufiger macht, ist bei der Identität des Erregers erklärlich; doch werden wir hierauf noch näher zurückkommen.

Ueber das in letzter Zeit häufige Vorkommen des Herpes tonsurans in Wien hat *Kaposi* kürzlich in einem Vortrage über Herpes tonsurans maculosus mitgeteilt, dass derselbe saisonmässig vorkomme, und zwar derart, dass manchmal in drei bis vier Wochen täglich ein bis zwei Fälle aufzuweisen seien.

Ebenso schreibt *Eichhoff* in einem Bericht über die Abteilung für Hautkranke und Syphilis des städtischen Krankenhauses zu Elberfeld (Deutsche Med. Wochenschrift 1890 N. 48) von einer Zunahme des Herpes tonsurans. Er sagt: „In den drei Jahren, in welchen in einem jeden die Zahl der Kranken immer beträchtlicher zunahm, fiel es auf, dass, abgesehen von der Krätze, die Hautkrankheiten zahlreicher vertreten waren, als die venerischen Leiden und dass bei ersteren die ansteckenden Mykosen ein verhältnismässig grosses Kontingent stellen, besonders Favus, Mycosis tonsurans, Sycosis parasitaria, Eczema parasitarium (Eczema seborrhoicum Unna) und Impetigo contagiosa."

Stelwagen und *Stahl* berichten über eine Tinea Trichophytina-Endemie von 25 Personen im Philadelphia-Hospital (Vierteljahrsschrift 1889).

Aus London schreibt über die Verbreitung des Herpes tonsurans dortselbst Dr. *Ludwig Török*: „Auffallend ist die überaus grosse Zahl der Trichophytie-Fälle. Alle Ambulatorien wimmeln von Trichophytiasis des behaarten Kopfes, und auch die Frequentanten der Hospitäler selbst kennen sie ganz gut, sodass man oft auf die Frage des Arztes, was denn los sei, die Begleitperson der kleinen Patienten mit der Diagnose ‚ringworm' herausplatzen hört. Seltener sieht man Trichophytie des Bartes und der unbehaarten Körperregionen. Man sieht Fälle, wo mehrere Glieder derselben Familie am ringworm erkranken, während eines zugleich oder später von Alopecia areata befallen wird. ‚Ringworm

in infants, alopecia in adults' ist die Regel." (Vierteljahrsschrift 1890.)

Ebenso schaarenweise wird nach *Unna*'s Mitteilung (eod. loc.) das Hospital St. Louis in Paris von in gleicher Weise erkrankten Kindern heimgesucht.

Hiorth stellte in Christiania Untersuchungen über das Vorkommen von parasitären Hautkrankheiten bei den Schülern der öffentlichen Schulen an und fand einen Durchschnittsprozentsatz von 0,8 % aller Untersuchten, ein immerhin erwähnenswertes Ergebnis.

In der Hautklinik in Bonn bot das numerische Verhältnis der erkrankten Kinder zu den Erwachsenen nichts Auffallendes: Auf 557 Patienten kamen 55 Kinder unter 14 Jahren und unter diesen wiesen 32 die Lokalisation am behaarten Kopf auf.

Was das Vorkommen des Herpes tonsurans überhaupt in hiesiger Klinik angeht, so ergiebt sich aus den klinischen und poliklinischen Aufzeichnungen folgende interessante Thatsache:

Von 1879—1893 wurden poliklinisch behandelt 23391 Haut- und Geschlechtskranke. Unter diesen befanden sich 557 Patienten = 2,39 %, die mit Herpes tonsurans bezw. Sycosis parasitaria behaftet waren, und von diesen waren 392 männlichen und 165 weiblichen Geschlechts, eine Differenz, die natürlich hauptsächlich auf der Unmöglichkeit einer parasitären Barterkrankung bei Frauen beruht. Weiterhin folgt aus der statistischen Zusammenstellung, dass die Affektion durchgehends von Jahr zu Jahr an Häufigkeit zugenommen hat, und zwar so, dass den 9 Fällen des ersten Jahres 88 des letzten gegenüberstehen. Selbstverständlich darf man hierbei die Zunahme der Frequenz überhaupt nicht ausser Acht lassen, da von Februar 1879 bis Ende desselben Jahres im ganzen 734 und

im Jahre 1892 3157 Patienten in der Poliklinik behandelt wurden.

Aber trotzdessen ist die Zunahme eine bedeutende zu nennen; es stieg nämlich der Prozentsatz von 0,95 auf 2,79, also um mehr als das doppelte.

In der stationären Klinik stellte sich der Durchschnittsprozentsatz etwas niedriger, nämlich auf 1,31, weil, besonders in den letzten Jahren, die Kranken meist poliklinisch behandelt wurden.

Zur besseren Uebersicht ist am Schlusse der Abhandlung eine Tabelle aufgestellt, die des genaueren angiebt, wieviel Kranke überhaupt und wieviel Herpes tonsurans-Kranke jedes Jahr in der Poliklinik und in der stationären Klinik seit ihrem Bestehen behandelt worden sind.

Diese fortwährende Zunahme der Trichophytonerkrankungen dürfte ausser der Thatsache der epidemischen Verbreitung noch auf einige andere Gründe zurückzuführen sein.

Zunächst werden heutzutage viele Fälle von Herpes tonsurans diagnosticiert, die früher als solche nicht erkannt wurden, weil man jetzt das Mikroskop stets zu Rate zieht und infolgedessen auch die charakteristischen klinischen Erscheinungen genauer zu unterscheiden gelernt hat. Besonders bezieht sich dies auf die Erkennung der Sycosis parasitaria, die man, wie gesagt, vor nicht allzu langer Zeit mit der Sycosis simplex unter eine Rubrik stellte. Wie man nun jetzt in entgegengesetzter Weise die parasitäre Sycosis als eine besondere Art des Herpes tonsurans betrachtet, neigen sich neuerdings viele Dermatologen der Ansicht zu, dass auch eine andere Hauterkrankung, das Eczema marginatum, bei dem man Pilze gefunden hat, die eine grosse Aehnlichkeit mit dem Trichophyton tonsurans aufweisen, nichts anderes sei, als ein Herpes tonsurans der Inguinal- und Axillargegend. Mit geringerem Erfolg hat

man der Impetigo contagiosa eine ähnliche Bedeutung zuerkennen wollen.

Hier haben die Forschungen bis jetzt für einen Zusammenhang des Trichophyton weder mit der einen noch mit der andern Krankheit auch nicht den geringsten Anhalt gegeben.

Aus der leichten Uebertragbarkeit des Herpes tonsurans ergiebt sich die Wichtigkeit seiner Therapie. Ist auch die Prognose quoad vitam eine absolut günstige, so erfordern doch die oft schauderhaften Entstellungen, sowie vor allem die Gefahr der Infektion ein energisches Eingreifen zur möglichst schnellen Beseitigung des Leidens oder zur Beschleunigung der mitunter ohne besondere Behandlung eintretenden Heilung. Letztere erfolgt besonders an den nicht behaarten Stellen am leichtesten, indem sich beim Waschen zugleich mit den gebildeten Schuppen auch die Pilze abstossen; allerdings wird man eine solche Heilung auch nicht als „spontan" betrachten dürfen, da in diesem Falle meist energische Seifenapplikation stattfindet, durch deren Alkali ein therapeutischer Effekt erzielt wird.

Die Mittel, welche man gegen Herpes tonsurans angewandt hat, sind Legion; fast jeder Dermatologe gebrauchte ein besonderes Remedium und glaubte in ihm ein Specificum gefunden zu haben. Im ganzen und grossen gehen alle von demselben Prinzip aus: die Borken zu entfernen und die entzündungserregenden Pilze unschädlich zu machen. Schon 1835, also zu einer Zeit, wo man die Aetiologie der Krankheit noch gar nicht kannte, empfahl *Bateman* Mittel, welche dem ursächlichen Moment entgegenwirken: Kupfer- und Eisensalze, Borax und Alaun. *Kaposi* wandte die auch jetzt gebräuchliche 1%ige Sublimatlösung an, ferner Schwefel-Alkoholseife, Acidum aceticum und lac sulfuris. Ueberhaupt spielen die pilztötenden Antiseptica mit

Recht in der Behandlung unserer Affektion eine grosse Rolle, wobei aber nicht zu vergessen ist, dass deren Wirkung nur dann eintreten kann, wenn sie in wirksame Berührung mit den Pilzen gebracht werden, und hierin liegt auch der Grund dafür, dass der Herpes tonsurans der unbehaarten Stellen der Therapie zugänglicher ist, wie jener der behaarten.

Ich übergehe die älteren Mittel, die mehr weniger denselben Erfolg oder besser Misserfolg hatten. In neuerer Zeit tritt man der Krankheit auf eine zweifache Weise entgegen: durch die lokale Behandlung und, was ebenso wichtig ist, durch eine energische Prophylaxe.

In ersterer Hinsicht empfiehlt *Lesser* 5%ige Naphtholsalbe, 1%ige Sublimatlösung, 1%iges Carbolöl und Wilkinsonsche Salbe.

S. F. Payne (British medical Journal 1885) fasst seine Behandlung in vier Sätzen zusammen:

1. Die Haare werden entweder rasiert oder kurz geschoren.
2. Die Kopfhaut wird täglich mit milder Seife gewaschen.
3. An den kranken Stellen werden alle Haare epiliert, während der Kopf mit Sublimatwasser befeuchtet wird.
4. werden parasiticide Mittel angewandt.

Als letztere gebraucht *Payne* meistens Salben mit Hydr. nitr. und Creosot, weisse Praecipitatsalbe und Schwefel, Oleat. mercur., Carbolsäure, Borsäure u. a. Speziell schlägt er vor, diese Mittel am Tage in wässeriger Lösung und bei Nacht mittels Flanellhaube als Salbe zu applizieren. An der nicht behaarten Haut nimmt er Pinselungen mit Jodtinktur und Seifenwaschungen vor.

Török schreibt gelegentlich der oben erwähnten

Epidemie in London: „Was die Behandlung der Trichophytiasis betrifft, so gestehen die englischen Aerzte verzweifelnd ein, dass alle Mittel gleich gut oder besser: gleich schlecht sind. ... Am besten dünkt ihnen linimentum crotonis dilutum.

Neuerdings empfiehlt *Audrain* bei Herpes tonsurans capillaris sogar subkutane Einspritzungen von

Hydr. bichlor.
Acid. tart. āā 0,01
Aq. dest. seu Spir. 30,0

unter die Kopfhaut. (Ann. de Dermat. et Syph. 1892.)

In hiesiger Klinik sind nacheinander verschiedene Mittel in Gebrauch gewesen. Unter ihnen erfreute sich anfangs die Pyrogallussäure einer besonderen Beliebtheit sowie eines gewissen Erfolges. Sodann fanden neben der Epilation bei Herpes tonsurans der behaarten Stellen Anwendung als Antiseptica: Carbol, Naphtholsalbe, Sublimatlösung, Schwefelsalbe, Salicylsäure, Borsäure, Wilkinson'sche Salbe etc., alles den verschiedenen Fällen angepasst. Bei Herpes tonsurans der unbehaarten Stellen fand meist Pinselung statt, bei dem der behaarten Einreiben mit Oel oder Salbe.

In den letzten Jahren besteht hier die Therapie durchgängig in Folgendem:

Zunächst werden die Borken durch Sublimat-Umschläge erweicht und beseitigt; dann erfolgt Pinselung mit Jodtinktur. Für Stellen ohne Borkenbildung genügt letzteres allein. Behaarte Stellen erfordern Epilation mit der Cilienpincette, wenn nur vereinzelte Partieen erkrankt sind, vermittelst der Pechkappe in Narkose bei Ergriffensein der ganzen Kopfhaut. Zeigen sich stark infiltrierte Stellen mit Eiterung, so kratzt *Doutrelepont* sie mit dem scharfen Löffel aus und dieses energische Verfahren ist von dem besten Erfolge begleitet. Unter solcher Behandlung geht, soweit aus

den Journalen der stationären Klinik ersichtlich ist, der Herpes tonsurans gewöhnlich zurück, und zwar bleiben die Patienten meist 3—4 Wochen in Behandlung, worauf sie mit der Anweisung entlassen werden, die erkrankten Stellen noch eine Zeit lang nach Vorschrift zu behandeln. Kleinere Stellen erfordern etwas weniger, grössere etwas mehr Zeit zur Heilung. Natürlich giebt es Fälle, die hiervon abweichen, da noch andere Umstände, z. B. das weniger oder mehr fortgeschrittene Stadium, mit in betracht kommen können. So wurde in hiesiger Klinik ein Fall behandelt, dessen Hartnäckigkeit an irgend einem therapeutischen Erfolge fast verzweifeln liess. Ich lasse hier einen kurzen Auszug der Krankengeschichte folgen.

N. N. Aufnahme 21./8. 1886.

Diagnose: Herpes tonsurans capillitii et corporis. Mikroskopische Untersuchung: Trichophyton tonsurans. Therapie: Im Gesicht: Sublimat-Lanolin 1 : 100, auf dem Kopf Sublimat-Solut. 1 : 1000,0. Nachher Epilation und Aufpinselung von Pyrogallusspiritus. Verlauf sehr hartnäckig. Immer neue Schübe auf Kopf und Arm trotz Behandlung. — Dann Chrysarobin. 12./3. 1887. Neue Schübe an Hals und Brust. — Schmierseife. Trotzdem neue Effloreszenzen am Oberarm. Infectionsstoff wird auf zwei benachbarte Patienten übertragen. — Dann $HgCl_2$ Coll. (1 : 100,0). — Auftreten am Ohrläppchen, Nase, Augenwinkel. — Immer wieder neue Effloreszenzen. — 27./9. 1887: Nachdem keine neuen Effloreszenzen mehr aufgetreten, wird Patient als geheilt entlassen.

Man ersieht hieraus, wie wenig auch die mannigfachsten Mittel der Krankheit anhaben konnten und wie überaus hartnäckig sich trotz der Behandlung die Infektion von einer Stelle zur andern und sogar nach andern Individuen hin verpflanzte. Länger als ein Jahr

behauptete sich die Affektion; vielleicht hätte die heutige Therapie mit der in der That vorzüglichen Jodtinktur etwas schneller zum Ziele geführt.

Zum Erfolg einer jeden Behandlungsweise gehört noch eins: Die Kranken dürfen nicht zu früh aus der Behandlung entlassen werden, da sich sehr oft, wenn die Heilung eingetreten zu sein scheint und infolgedessen die Therapie eingestellt wird, bald Recidive zeigen.

Können wir auch durch Anwendung geeigneter Mittel die Krankheit bis zu einem gewissen Grade wirksam bekämpfen, so müssen doch vor allem unsere therapeutischen Massregeln wegen der leichten Uebertragbarkeit in einer sorgfältigen Prophylaxe bestehen und diese ist wichtiger als jede lokale Behandlung.

Hierzu gehört zunächst, dass bei einer frühzeitigen Diagnose eine Uebertragung auf andere Personen möglichst verhütet wird. Diese Vorsichtsmassregel betrifft die Angehörigen derselben Familie und Patienten grösserer Anstalten, besonders auch erkrankte Schulkinder. Eine vollständige Isolierung, wie *Quinquaud* sie für letztere empfiehlt, wird wohl nicht immer durchzuführen sein.

Da die Infektion auch von Tieren, welche mit Herpes tonsurans behaftet sind, ausgehen kann, so ist den Leuten, welche mit diesen verkehren müssen, Vorsicht geboten. Die Tiere müssen daraufhin beobachtet und bei den geringsten Symptomen tierärztlich behandelt werden.

Nicht minder kann sich der Erkrankte vor einer Selbstinfektion einigermassen schützen, indem er eine zu häufige Berührung der erkrankten Partieen mit gesunden Stellen vermeidet.

Ferner könnte man noch auf die anderen anfangs erwähnten, zu Herpes tonsurans disponierenden Schädlichkeiten aufmerksam machen.

Eine ganz besondere Beachtung wird man schliesslich in prophylaktischer Beziehung den Rasierstuben zuwenden müsen, die, wie oben erwähnt, infolge der dort vielfach herrschenden Sorglosigkeit und Unkenntnis oft wahre Brutstätten der Trichophytonpilze darstellen. Vor allem sind die Barbiere über das Wesen und die Erscheinungen der Krankheit zu belehren, sowie über die nötigen Vorsichtsmassregeln, die hauptsächlich in peinlicher Reinlichkeit und Desinfektion ihrer Utensilien zu bestehen haben; Kranke sollen nur mit besonderen Instrumenten rasiert und ebenso mit besonderen Handtüchern abgetrocknet werden, die nach Benutzung einer Sterilisierung zu unterziehen sind.

Noch jüngst hat *Blaschko* sich bei Gelegenheit einer Sitzung der dermatologischen Vereinigung zu Berlin über diesen Zweig der Hygiene ausgesprochen. Für jeden Kunden soll ein besonderer Rasierpinsel eingeführt, das Messer jedesmal ausgekocht werden; als Serviette rät er chinesisches Papier zu gebrauchen, das sofort vernichtet werden kann; die Puderquaste ist durch ein Stück Verbandwatte zu ersetzen. Die an einer ansteckenden Krankheit leidenden Personen sind von ihren Kassenärzten Krankenhäusern zu überweisen. Sodann schlägt *Blaschko* vor, die Durchführung dieser Massregeln von der Polizei anordnen und ihre Ausführung von besonderen Gesundheitsaufsehern überwachen zu lassen.

Mag dies auch im einzeln nicht immer durchzuführen sein, so ist jedenfalls ein ähnliches Vorgehen anzustreben.

„Das sicherste Mittel", sagt *Lesser*, „wäre natürlich die persönliche Prophylaxe, die darin zu bestehen hätte, dass ein jeder sich selbst rasierte oder sich den Bart stehen liesse, natürlich eine im allgemeinen ganz undurchführbare Sache."

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. *Doutrelepont*, Direktor der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis zu Bonn, für die Ueberweisung des Themas, sowie Herrn Privatdozenten Dr. *M. Wolters* für die freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Uebersichts-Tabelle.

Jahr	Diagnose	Poliklinik: männl. Geschl.	Poliklinik: weibl. Geschl.	Poliklinik: Sa.	Poliklinik: Bei einer Gesammtzahl	Stationäre Klinik: m.	Stationäre Klinik: w.	Stationäre Klinik: Sa.	bei einer Gesammtzahl Hautkrkh. m.	Hautkrkh. w.	Syphilis m.	Syphilis w.	Sa.	% Satz in der Poliklinik	% Satz in der stat. Klinik
1879	Herp. tons.	3	4	7	734									0,95	
	Syc. par.	—	—	—										—	
1880	Herp. tons.	4	6	10	883									1,13	
	Syc. par.	—	—	—										—	
1881	Herp. tons.	2	1	3	884									0,34	
	Syc. par.	—	—	—										—	
1882	Herp. tons.	11	15	26	1178	2	3	5	53	23	62	60	198	2.21	2,53
	Syc. par.	—	—	—		1	—	1						—	0,51
1883	Herp. tons.	11	8	22	1434	1	—	4	96	57	128	90	371	1,53	1,08
	Syc. par.	3	—	3		2	—	2						0,21	0,54

1884	Herp. tons.	14	10	24	1590	2	2	4	113	78	113	91	393	1,51	1,02
	Syc. par.	1	1	2		—	—	—						0,13	—
1885	Herp. tons.	5	7	12	1551	—	1	1	101	95	90	83	369	0,78	0,27
	Syc. par.	—	—	—		1	—	1						—	0,27
1886	Herp. tons.	20	7	27	1480	5	1	6	135	82	91	85	393	1,82	1,78
	Syc. par.	4	—	4		3	—	3						0,27	0,89
1887	Herp. tons.	35	22	57	1540	5	2	7	159	88	74	69	390	3,70	1,79
	Syc. par.	23	—	23		7	—	7						1,49	1,79
1888	Herp. tons.	24	15	39	1739	2	—	2	183	95	103	86	467	2,24	0,43
	Syc. par.	10	—	10		4	—	4						0,58	0,86
1889	Herp. tons.	34	18	52	2155	1	—	1	221	89	105	83	498	2,41	0,20
	Syc. par.	4	—	4		1	—	1						0,18	0,20
1890	Herp. tons.	54	17	71	2489	7	—	7	188	120	128	85	521	2,89	1,34
	Syc. par.	10	—	10		4	—	4						0,41	0,77
1891	Herp. tons.	34	17	51	2577	—	—	—	201	97	84	102	484	1,98	—
	Syc. par.	12	—	12		1	—	1						0,46	0,21
1892	Herp. tons.	55	17	72	3157	—	—	—	287	119	113	95	614	2,28	—
	Syc. par.	16	—	16		—	—	—						0,51	—
		392	165	557	23391			61					4698	2,39	1,03

Litteratur.

1. Lehrbuch der Hautkrankheiten von *Hebra* und *Kaposi*.

2. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten von *Kaposi*.

3. Journale der Poliklinik und stationären Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis von 1879–1893.

4. Klinische und experimentelle Mitteilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie von *Köbner*.

5. Monatshefte für praktische Dermatologie. Unna.

6. Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilidologie.

7. Deutsche medizinische Wochenschrift 1886.

8. *Breitbach* und *Landau:* Dissertationen.

9 Annales de Dermatologie et Syphilidologie.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, *Mathias Joseph Althausen*, katholischer Konfession, am 22. Februar 1866 zu Uelpenich, Kreis Euskirchen, als Sohn des Landwirtes *Anton Joseph Althausen* und der *Anna Mechtildis Althausen* geb. *Steinhausen*. Meine erste Schulbildung erhielt ich in der Elementarschule zu Uelpenich, dann besuchte ich von Ostern 1879 bis Ostern 1881 die Mittelschule zu Zülpich und hierauf bis Ostern 1888 das Gymnasium zu Düren, welches ich mit dem Zeugnis der Reife verliess, um dann in Bonn zwei Semester Philologie zu studieren. Im dritten Semester wandte ich mich dem Studium der Medizin zu und bestand am Ende des vierten medicinischen Semesters das Tentamen physicum. Meiner halbjährigen Militärpflicht mit der Waffe genügte ich bei dem 5. badischen Infanterie-Regiment Nr. 113 zu Freiburg, worauf ich wieder nach Bonn zurückkehrte und am 19. Mai 1893 das Examen rigorosum bestand.

Meine akademischen Lehrer waren in Bonn: *Binz*, *Boennecken*, *Bohland*, *Bücheler*, *Doutrelepont*, *Eigenbrodt*, *Finkler*, *Geppert*, *Herz*, *Kékulé*, *Kocks*, *Koester*, *Kruckenberg*, *Leo*, *Ludwig*, *Lübbert* †, *Jürgen Bona Meyer*, *Neuhäuser*, *Nissen*, *Nussbaum*, *Pelman*, *Pflüger*, *Rein*, *Saemisch*, *Schaafhausen* †, *Schiefferdecker*, *Schultze*, *Strasburger*, *Trendelenburg*, *Ungar*, *Usener*, *Freiherr von la Valette St. George*, *Veit*, *Witzel*, *Wolters*.

In Freiburg: *Thomas*.

Allen diesen hochverehrten Herren spreche ich hiermit meinen aufrichtigen Dank aus.